

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE MEDICINA



**Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores
de 35 años, Hospital La Caleta - Chimbote, 2018**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

Autora

López Ramírez, Raysa Kyria Milagros

Asesor

Ucañán Leytón, Angel Raúl

Nuevo Chimbote – Perú

2019

1. Palabras claves

Tema	Resultado obstétrico y perinatal
Especialidad	Ginecología y Obstetricia

Línea de Investigación: Salud Materna y Perinatal

Disciplina (OCDE): Obstetricia y Ginecología

Keys wors

Subject	Obstetric and perinatal outcome
Specialty	Gynecology and Obstetrics

Line of research: Maternal and Perinatal Health

OECD Discipline: Obstetrics and Gynecology

2. Título

“Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años, Hospital La Caleta - Chimbote, 2018”

3. Resumen del Proyecto

La gestación en mujeres de 35 o más años de edad constituye un factor de riesgo muy importante en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, además presentan complicaciones debido a sucesos fisiopatológicos que se manifiestan mientras la edad avanza, es por ello que, teniendo como objetivo, describir las características perinatales y obstétricas en las gestantes mayores de 35 años en el “Hospital La Caleta” de Chimbote durante el año 2018; se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y deductivo; la población estuvo constituida por gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital La Caleta – Chimbote. los resultados en la edad materna frecuente es de 35 a 40 años n=94 (73.44%), n=69 (53.9%), nivel de primaria n=51 (39.8%), Multigesta n=49 (38.3%), y multípara n=69 (53.9%), terminado en partos eutócicos n=82 (64.1%), con una edad Gestacional 37 a 41 semanas n=92 (71.9%), las complicaciones perinatal siendo la más frecuente la Infección del Tracto Urinario, mayor a 6 CPN n=72 (56.3%), con APGAR al nacer; siendo frecuente de 7 a 10 puntos n=103 (80.5%), con una talla y peso 48 a 52 cm n=101 (78.9%) y 2500 a 4000 n=109 (85.2%) respectivamente; cuyas conclusiones; siendo la edad frecuente de 35 a 40 años, con estado civil conviviente, siendo multigesta y multípara, terminado en partos eutócicos de 37 a 41 semanas, frecuencia baja en complicaciones perinatal con Apgar de 7 a 10 puntos, talla y peso adecuado en su mayoría.

4. Abstract

The gestation in women of 35 or more years of age is a very important risk factor in the whole process of pregnancy, childbirth and puerperium, in addition they present complications due to physiopathological events that manifest themselves as age advances, that is why, having as an objective, to describe the perinatal and obstetric characteristics in pregnant women older than 35 years in the "Hospital La Caleta" of Chimbote during the year 2018; a descriptive, transversal, retrospective and deductive study was carried out; the population was constituted by puerperal women hospitalized in the Service of Obstetrics and Gynecology of the Hospital La Caleta - Chimbote. the results in the frequent maternal age are from 35 to 40 years n = 94 (73.44%), n = 69 (53.9%), primary level n = 51 (39.8%), multigesta n = 49 (38.3%), and multiparous n = 69 (53.9%), terminated in eutocic births n = 82 (64.1%), with a gestational age of 37 to 41 weeks n = 92 (71.9%), perinatal complications being the most frequent Urinary Tract Infection, greater than 6 CPN n = 72 (56.3%), with APGAR at birth; being frequent of 7 to 10 points n = 103 (80.5%), with a size and weight of 48 to 52 cm n = 101 (78.9%) and 2500 to 4000 n = 109 (85.2%) respectively; whose conclusions; being the frequent age of 35 to 40 years, with cohabiting civil status, being multigesta and multiparous, finished in eutocic deliveries of 37 to 41 weeks, low frequency in perinatal complications with Apgar of 7 to 10 points, height and adequate weight in its majority.

ÍNDICE

Palabras clave y línea de investigación.....	i
Título de la investigación.....	ii
Resumen	iii
Abstract	v
Índice	vi
5. Introducción	7
5.1 Antecedentes y fundamentación científica	7
5.2 Justificación	22
5.3 Formulación del Problema	23
5.4 Variables	24
5.5 Objetivos	25
6. Metodología	25
6.1 Tipo y diseño de la investigación	25
6.2 Población y muestra	25
6.3 Criterios de selección	26
6.4 Técnicas e instrumentos de investigación.....	26
6.5 Procesamiento y análisis de la información.....	27
7. Resultados	28
8. Análisis y Discusión	34
9. Conclusiones y Recomendaciones	37
10. Agradecimientos	39
Referencias bibliográficas	40
Anexos	43

5. Introducción

Antecedentes y Fundamentación científica

El embarazo en mujeres mayores 35 años de edad es considerado como alto riesgo obstétrico por presentar un mayor número de complicaciones obstétricas y perinatales. Actualmente debido a cambios culturales, económicos y sociales, se observa que hay una tendencia por parte de la mujer a retrasar el embarazo a edades cada vez mayores, por tal motivo el objetivo de la presente investigación es determinar los resultados perinatales y obstétricos en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital La caleta, durante el año 2018. En base a esto, se revisaron los siguientes antecedentes:

En el Salvador, se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo, buscando conocer el resultado obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital Nacional de Maternidad, encontrando que el 70% de las pacientes fueron secundigestas, cuyas edades oscilaron entre los 36 a 39 años. La edad gestacional más frecuente fue 38 semanas. El 50% de las pacientes presentaron alguna morbilidad obstétrica. En el 92.5% de los recién nacidos se obtuvo buen resultado perinatal y el 70% pesó entre 2,500 y 4000 gramos (Torres, 2010).

En México se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, se tornaron en dos variables, gestantes mayores de 35 años y de 20 a 35 años, con el objetivo principal en determinar los resultados perinatales adversos en embarazadas añosas, obteniendo los siguientes resultados: Las complicaciones perinatales se presentaron en el 56% de las gestantes añosas y de las no añosas 52%. Las complicaciones más frecuentes halladas fueron la preeclampsia con 11% (21) en la gestante añosa y de 4% en la no añosa con OR de 2.6 (IC 95% 1.1-6) y $p < 0.021$ (Rodríguez, 2013).

En Perú, se realizó un estudio cuyo objetivo principal fue describir las características obstétricas de gestantes con edad materna avanzada atendidas en el Hospital de Supe "Laura Esther Rodríguez Dulanto" 2013 - 2017; encontrando que 229 gestantes (84.81%) estuvo comprendida en el rango de edad de 35 a 40 años. Un número importante de gestantes (265), tuvo educación primaria o secundaria; 258

gestantes (95.56%) habían tenido más de una gestación; 181 gestantes (67.04%) no había tenido ningún aborto. Referente al control prenatal se encontró que casi la totalidad de las gestantes tuvo 4 a más controles prenatales (97.04%) (Ojeda, 2018).

En Ecuador, se realizó un estudio de cohorte en Unidad Metropolitana de Salud Sur, donde se registró 350 partos en gestantes añosas, cuyo objetivo principal fue establecer si la edad materna mayor de 35 años, se comporta como factor de riesgo independiente para resultados obstétricos y perinatales desfavorables, obteniendo los siguientes resultados: La edad promedio de las participantes de este estudio fue de 33.6 años. Siendo la edad mínima 20 años y la edad máxima 44 años, se demostró asociación entre ser madre no añosa y presentar mayor número de controles prenatales, hemorragia postparto, hemorragia durante el tercer trimestre del embarazo (Araujo, 2014).

En Perú, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, presentando como objetivo general describir la evolución materno perinatal en gestantes mayores de 35 años de edad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, obteniendo los siguientes resultados: La evolución materno perinatal es desfavorable por presentar más patologías y complicaciones que las gestantes menores de 35 años, las características sociodemográficas en gestantes mayores de 35 años son: estudio primario (53%), convivientes (57%), tiene más de 3 hijos (64%), teniendo menos de 6 atenciones prenatales (Sutta & Valencia, 2017).

En Chile, se realizó un estudio no experimental, transversal correlacional y cuantitativa, se seleccionaron 309 gestantes y se analizó los resultados maternos y perinatales en mujeres con sobrepeso y obesidad en gestantes añosas, obteniendo el 31% de las embarazadas presentó alteración en el crecimiento intrauterino. La obesidad grado III se asoció con mayor porcentaje de parto vaginal. El tiempo de trabajo de parto promedio fue estadísticamente significativo según paridad, habiendo en primigestas trabajos de parto (367 minutos) y periodos de expulsivo (26 minutos) más largos en comparación a las multíparas (Vilches Sáez, 2018).

En Perú, se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, cuya población de 460 gestantes mayores de 35 años, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y riesgo de complicaciones en el primer embarazo de mujeres con 35 años realizado en Hospital Regional de Huacho, se observó que el 79.13% de las pacientes oscilaban entre las edades de 36 a 40 años. El estado civil de mayor porcentaje observado fue el de conviviente (90.53%). Las pacientes culminaron su gestación en: aborto (47,6%), parto distócico (35.2%) y parto eutócico (17.2%). Las complicaciones en las grávidas fueron un número de 28 morbilidades (Peña et al, 2010).

En Uruguay, se realizó un estudio de observación, retrospectivo y analítico de casos y controles cuyo objetivo fue estudiar las características de las gestantes añosas asistidas en la maternidad del Centro Hospitalario Pereyra y los resultados obstétricos obtenidos, mediante el sistema informático perinatal definió los grupos en gestantes mayores de 35 años y grupo controles de 20 a 34 años, los resultados obstétricos obtenidos, El riesgo de presentar estados hipertensivos del embarazo y diabetes gestacional, aumenta a partir de los 35 años. Paralelamente se incrementa la tasa de cesáreas. En los resultados perinatales, se registra un incremento del riesgo de aborto espontáneo, óbito fetal, y defectos congénitos por encima de los 35 años (Epíscopo & Gorgoroso, 2010).

En España, se realizó un estudio observacional, retrospectivo cuyo objetivo fue analizar los resultados perinatales en gestaciones únicas en pacientes mayores de 40 años, se incluyeron un total 3 308 gestantes y se dividió en dos grupos: mayores de 40 años y menores de 40 años, obteniendo los siguientes resultados: Se obtuvo el 96,5% de las pacientes tenían < 40 años y 3,5% pacientes \geq 40 años. De las 115 pacientes mayores de 40 años el 7% presentaron técnicas de reproducción asistida, amenaza de parto prematuro 3,5%, diabetes 23,7%, EHE 9,7%, ingreso en UCI neonatal 8,7%, inducción del parto 38,1%, parto prematuro 7,8%, parto prematuro < 34 semanas 2,6%, parto distócico 8,8%, parto por cesárea 28,9%, bajo peso al nacer 7,0%, mortalidad neonatal 0,9% (Piera et al, 2014).

GESTACIÓN

Es la fase en el útero en donde ocurre la implantación del cigoto, culminando en el parto. Una mujer embarazada experimenta numerosos cambios físicos y hormonales como resultado del crecimiento de un embrión o feto dentro de su cuerpo. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno según en 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación, aproximadamente unos 9 meses (Gonzales, 2010).

EDAD MATERNA

En cuanto a la edad materna se presenta alto índice de riesgo de gestación en los extremos según la edad mayor de 35 años (gestante añosa) y/o menor de 20 años, para aquello existe la edad ideal para la concepción, y comprende en el período de 18 y 35 años, si la reproducción se lograra fuera de estos límites ocurriera repercusión en los neonatos evidenciándose con un peso bajo al nacer, además de presentar prematuridad y desnutrición, con ellos conllevaría a un alto riesgo de la mortalidad neonatal. Diferentes patologías se manifiestan en madres añosas, por ejemplo: la hipertensión, insuficiencia renal, diabetes mellitus, endocrinopatías, retardo de crecimiento uterino, enfermedades infecciosas. En la madre añosa, cuenta con un alto efecto adverso, concluyendo en la morbilidad materno perinatal, repercutiendo en el correcto desarrollo fetal, debido a una mala implantación y trastorno en la rigidez tisular y vascular. En países desarrollados la ciencia ha generado métodos eficaces en la prevención de estos factores de riesgo conllevando a la disminución en la morbilidad materno-natal, en comparación en los países tercermundistas existe el déficit en economía, salud y psicosocial conllevando a la frecuencia en la incidencia de los factores de riesgo para la mortalidad materno-perinatal (Urquillas, 2012).

GESTANTE CON EDAD MATERNA AVANZADA

En la gestante mayor de 35 años se le considera como embarazada en edad materna avanzada, existen otros tipos de términos como “añosa, madura y/ tardía”. Es considerado clínicamente en este grupo de madres añosas como riesgo obstétrico-perinatal alto para presentar complicaciones al momento del parto, por ellos las instituciones especializadas generan un ambiente exclusivo para contrarrestar los factores de riesgo que conllevaría la muerte materno-perinatal. La gestación en madres añosas ha conllevado una reflexión en los diferentes estados e inclusión de diferentes especialidades en ciencias médicas, que conlleva una serie de estudios para favorecer los altos índices en complicaciones en la etapa de gestación (Urquillas, 2012).

FISIOPATOLOGÍA EN LA GESTANTE MAYOR DE 35 AÑOS DE EDAD

Se ha detectado que en los últimos años existen diversos trastornos patológicos que están relacionados con especies reactivas del oxígeno que pueden llevar a un deterioro celular dependiente de la producción de radicales libres, conocido como estrés oxidativo. Este estado posee un papel importante en el desarrollo de diferentes complicaciones presentes en los embarazos de 35 años o más (Gutierrez, 2016).

En el embarazo ocurre un estado fisiológico donde se forman dos productos, la placenta y el feto, se acompaña de una demanda energética elevada y un incremento en los requerimientos de oxígeno. Durante el desarrollo del periodo gestacional, además del incremento y de la intensa actividad placentaria, se originan también especies reactivas del oxígeno del propio metabolismo embrionario, que pudieran ocasionar bloqueos y restricción del desarrollo (Gutierrez, 2016).

MODIFICACIONES ANATOMOFUNCIONALES

En la gestación, la madre experimenta modificaciones en todos los órganos y sistemas; el embarazo se considera un evento desconocido para el organismo, diferentes componentes citogenético materna y paterno interfieren en el desarrollo del feto, aun es desconocido este campo clínico-anatómico. En la gestante, los órganos modifican tamaño y funciones cambiando la fisiología habitual en la madre,

para cubrir las necesidades y mantener en equilibrio la formación del feto. En el embarazo en edad avanzada, ocurre lo contrario, se altera el equilibrio y con ello la gestación experimenta una alteración en la formación del feto, aumentando en si los riesgos obstétricos-perinatales (Granada, 2015).

Para generar un hábitat favorable para el feto in útero, la gestante aporta oxígeno y nutrientes para su correcto desarrollo, todo este evento requiere un cambio adaptativo materno. Para ello, aumentan los niveles hormonales (estrógeno y progesterona) originándose en la placenta, con todo lo expuesto, la gestante acondicionaría un medio favorable para el feto para su adecuada formación según las semanas de gestación (Cortes, 2016).

Sistema Músculo-Esquelético:

Los principales cambios adaptativos son: distensión de las articulaciones, las articulaciones pélvicas se relajan, cambios en la forma de caminar “abducción de los pies” (marcha de pato), para aumentar el volumen del útero, se genera una hiperlordosis, en el cual ocasiona dolor y marcha insegura. El médico de atención materna, administrará dosis de paracetamol y/o calor para aliviar síntomas, está contraindicado el uso de AINES por la repercusión en el líquido amniótico en el cual genera oligohidramnios (Granada, 2015).

Genitales Internos:

El aumento en tamaño del útero permite el desarrollo adecuado del feto, desplazando a órganos contiguos “óvulos, ligamentos uterinos”, condicionaría dolores de tipo “punzada” en la gestante, dolor en región hipogástrica y anexiales “vagina y/o rectal”, la vagina incrementa su elasticidad y secreción glandular (color blanco, espesa y ácida) para prevención de invasión de microorganismos patógenos, la vulva se edematiza e hiperpigmenta, se produce el tapón mucoso en el cuello uterino de consistencia densa y adherente (Johs, 2005).

Piel y Faneras:

Gran porcentaje de las gestantes experimentan cambios fisiológicos y anatómicos en la piel, cabello y uñas durante el embarazo, regresando a la normalidad terminando la gestación. Las estrías gravídicas presente en el embarazo sobre todo en los senos, caderas y nalgas son de apariencia roja, marrón o incluso púrpura, una vez después del parto estas van desapareciendo, en general se desarrollan conforme aumenta la edad gestacional (segundo trimestre), por la distensión del abdomen y los niveles altos de corticoesteroides ocasionando disminución de fibroblastos y colágeno en la dermis, estas estrías son irreversibles. Además, pueden presentar manifestaciones cutáneas como eritema palmar y telangiectasias (Obregón, 2007).

Existen medios de prevención como masajes y la disminución de peso para la contribución de evitar las manifestaciones clínicas cutáneas. La hiperpigmentación es frecuente en mujeres de piel oscura y permanecen por un periodo más extenso. Otras gestantes experimentan líneas pardas umbilicales y melasma (mejilla) que se asocian al uso de métodos anticonceptivos. Cuando la mujer está gestando, eventualmente pierde la acción de la dopamina, y produce un efecto inhibitorio sobre la propiomelanocorticotrofina con lo que empieza a aparecer una hiperpigmentación de la piel (Ziadeh, 2001).

Sistema Endocrino:

Hipófisis:

Modificaciones anatómicas repercuten en la hipófisis, el aumento de tamaño y vascularización, la prolactina se eleva progresivamente hasta el parto, y luego disminuye, aun cuando se está amamantando y es producida por el excesivo aumento en volumen y producción de latótrofos. La oxitocina se encuentra en aumento en el periodo de la gestación, aumento de la secreción de ACTH, somatotrofina TSH, FSH, LH, modificaciones en la regulación de la presión arterial y disminuye la eliminación de agua por la hormona vasopresina antidiurética (Obregón, 2007).

Tiroides:

La tiroides se hipertrofia desde la semana 13, por el aumento del metabolismo basal en un 20 a 30 %, además favorece la relación curva del yodo en plasma con la hormona tiroidea libre, y la gestante se altera la termoregulacion y aumenta la temperatura en 4 a 6 décimas de grado. (Obregón, 2007).

Suprarrenal:

La glándula suprarrenal su función es regular la pérdida de agua y sales, durante la gestación existe el aumento de cortisol por la mayor demanda de glucosa, esto conlleva al aumento de las células cromafines para aumentar la secreción de adrenalina y noreadrenalida, el hirsutismo sucede por aumento de glucocorticoide y andrógenos (Obregón, 2007).

Páncreas:

Se genera una alteración en las propiedades proteolíticas y lipolíticas, esto sucede por el aumento de los islotes pancreáticos en cual eleva la secreción de insulina y utilización de la glucosa periférica, que conllevaría a una reducción de la glicemia en el ayuno. Aproximadamente un 10% de embarazadas no logran compensar y desarrolla Diabetes Mellitus Gestacional. (Obregón, 2007).

Sistema Cardio-Circulatorio:

En el embarazo, el volumen de sangre se incrementa de 3 a 6 lt/min, empezando desde la semana 10 hasta el parto, la frecuencia cardiaca se incrementa en 15 a 20 latidos por minuto, por el evento fisiológico de la gestación existe una mayor oferta de oxígeno, en cambio las presiones venosas de las venas yugulares y aurícula derecha no sufren ninguna alteración morfológica y fisiológicamente (Donoso, 2003).

Sistema Respiratorio:

En la vigésima semana de gestación aumenta el volumen minuto respiratorio, mayor volumen corriente, aumenta la ventilación alveolar, y disminuye el volumen de la

capacidad total pulmonar, esto sucede por el aumento del consumo de oxígeno en 20 % cuando la oferta en 60 % cubre las necesidades en la hiperventilación o pseudo disnea. La progesterona actúa en el centro respiratorio en disminuyendo el PCO₂ a 31mmHg, predomina en la gestante la respiración costal sobre la abdominal (Cabero, 2000).

Sistema Nefrourológico:

El riñón modifica su estructura anatómica, pero no la histológica, aumentando en tamaño 1 a 1.5cm, el flujo renal sanguíneo se eleva en 300 a 1400ml/min, la pelvis renal se dilata junto con los uréteres, ocurre la estasis urinaria que aumenta la aparición de las infecciones urinarias. Las hormonas diprogesterona se incrementan y ocasionan la hipotonía en el músculo liso del uréter, los ligamentos suspensorios del ovario en la octava semana de gestación aumentan de tamaño y comprimen los uréteres, provocando la dilatación en este segmento. El volumen de la orina no sufre modificación alguna, pero si en la frecuencia de la micción, por causa del aumento de volumen en órganos anexiales, la gestante en un periodo inmunodeprimido en el embarazo, no es frecuente los síntomas urinarios de infección, por lo que es muy importante los análisis de control (Josh, 2005).

Sistema Digestivo:

Existe una gran variedad en los cambios morfológicos y fisiológicos a nivel gastrointestinal, entre ellos tenemos la hiperemia de encías y caries dentales en la boca, El esófago se acorta el esfínter esofágico inferior dando una apariencia en menor tamaño y condicionando al aumento de reflujo, el estómago sufre una atonía en el cardias y píloro, el intestino disminuye el peristaltismo por el aumento del diafragma, las estructuras u órganos anexiales como la apéndice se elevan juntamente con el ciego, en la región rectal aumentan los pliegues comprometiendo a esta zona mayor riesgo de hemorroides, en los cambios en la ingesta ocurre sobre los rechazos de alimentos en el primer trimestre, asociándose a náuseas y vómitos en la gestación, el hígado es rotado parcialmente en dirección derecha pero no ocurre cambios de interés en la histología, pero en la fisiología aumenta el metabolismo de

la bilirrubina sin causar ictericia, contribuyendo al aumento de colesterol y la reserva de vitamina A, B y D (Beckman, 2012).

Sistema Hematológico:

En las alteraciones fisiopatológicas del sistema hematológico, existe un volumen sanguíneo aumentado, a partir de la décima semana hasta las 32 semanas de gestación, común recuento de eritrocitos en un 33%, y la disminución de la hemoglobina a valores de 11gr/100ml. Los componentes de la sangre aumentan en gran proporción como el fibrinógeno en un 50% llegando a cifras de 450 a 600 mg/ml en el cual determinara la velocidad de sedimentación. El riesgo de tromboembolismo en mujeres embarazadas 1/1.000. El periodo de mayor riesgo es el puerperio (Beckman, 2012).

Glándula Mamaria:

En el embarazo la gestante por intervención de las hormonas estrógeno y progesterona se prepara para la lactancia, se evidencia un aumento en la región mamaria y consigo mismo aumenta la irrigación y volumen mamario, los islotes lactótrofos generan aumento en la secreción láctea y pigmentación de la areola. Con aquello se generan molestias como galactorrea, prurito y congestión mamaria (Johs, 2005).

Modificaciones vasculares:

Edema:

Ocurre en los miembros inferior en una proporción de 80% de las gestantes y se asocia según la frecuencia de retención hídrica, aumento en la permeabilidad vascular y el flujo sanguíneo (Beckman, 2012).

Telangiectasias aracnoideas:

Se desarrolla en la décima y vigésima semana de embarazo, con mayor frecuencia en gestante de piel blanca, en las regiones malares, tórax, y culminan en regresión a la normalidad después del parto (Beckman, 2012).

Eritema palmar:

Es una condición clínica presente en el primer trimestre del embarazo que condiciona a la gestante en la aparición de eritema en la región palmar, ocurre con mayor frecuencia en mujeres de raza blanca y puede evidenciarse un aumento de temperatura en dicha zona (Beckman, 2012).

Várices:

Por aumento de peso en la gestante y la congestión venosa en miembros inferiores, las venas periféricas se tornan tortuosas y en mayor volumen, la etiología es múltiple y afecta en la mitad de la población materna, por causa de la volemia, tendencia hereditaria y aumento de colágeno (Beckman, 2012).

Modificaciones metabólicas:

Metabolismo del agua:

En el periodo de la gestación por los cambios hormonales se genera la retención de agua y sales, condiciona en la gestante a una retención hídrica, en el cual se distribuye según el compartimento fetoplacentario y materno. En la gestante el espacio extracelular es predominante en un 70% en comparación al espacio intracelular, además se evidencia según la clínica con edemas o encharcamiento en miembros inferior por la gravedad (Beckman, 2012).

Metabolismo proteico:

La condición fisiología del organismo materno, conlleva a un mayor consumo proteico de metabolismo anabólico, para compensar el desarrollo tono muscular y locomotor del feto, este mecanismo es indispensable, y la gestante debe consumir un alto valor nutritivo en lípidos e hidratos de carbono (Beckman, 2012).

Metabolismo de los hidratos de carbono:

La gestación es un estado pro-diabetogénico y su desarrollo lleva consigo una moderada hipoglicemia de ayunas, hiperglicemia postprandial e hiperinsulinemia. La hipoglicemia se explica por la hipertrofia, hiperplasia e hipersecreción de las células

β del páncreas, que se observan durante la gestación. Se sabe por estudios realizados que los estrógenos, la progesterona y el lactógeno placentario tienen participación en estos hechos. La gestación se relaciona con un estado de insulino-resistencia (Beckman, 2012).

Metabolismo lipídico:

La elevación de los lípidos se genera por la gran demanda de la placenta en colesterol, los fosfolípidos, triglicéridos LDL, HDL sirven para el consumo de energía, la gestante lo utiliza como fuentes de ATP, y en el feto la reserva para su correcto desarrollo (Beckman, 2012).

Metabolismo del calcio:

A nivel central, la paratohormona influye en el metabolismo del calcio, al igual que la calcitonina y calcitriol. La vitamina D es una hormona sintetizada por la piel y/o ingerida, el calcitriol es metabolizado por los riñones y la placenta, que es utilizado en la gestante y en el feto para el desarrollo del sistema musculo esquelético (Beckman, 2012).

Metabolismo del hierro:

En la gestación los requerimientos de hierro aumentan principalmente para satisfacer las demandas de la masa eritrocitaria en expansión, seguida de los requerimientos de la placenta y el producto. El feto absorbe el hierro de la madre por transporte activo a través de la placenta, mayormente, las últimas cuatro semanas de la gestación. El requerimiento total de hierro en la gestación es de 700-1400 mg. Globalmente es de 4 mg/día en la gestación, pero aumenta a 6.6 mg/día en las últimas semanas del embarazo. Una buena alimentación provee aproximadamente 14 mg de hierro al día, del que se absorbe sólo 1-2 mg (Gutierrez, 2012).

EVOLUCIÓN MATERNA

La condición fisiología del embarazo en gestantes añosas están propensas a presentar complicaciones que pone en peligro la vida materna y del feto, entre ellos tenemos las siguientes condiciones fisiopatológicas (Morán, 2013).

Trastornos hipertensivos:

Las alteraciones hipertensivas durante la gestación, condiciona a la gestante a diferentes patologías: hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp; estas patologías deben ser controladas por el médico tratante para evitar la morbilidad materno-perinatal (Morán, 2013).

Hemorragias:

Es frecuente en gran porcentaje de gestación en madres mayores las hemorragias durante el embarazo, que se conoce como sangrado vaginal durante la gestación. Se subdivide según los trimestres en el embarazo: Primer trimestre se debe a causas diversas como abortos, embarazo ectópico, en el segundo trimestre se asocia a desprendimiento prematuro de placenta y entre otros (Morán, 2013).

Infecciones:

El embarazo en madre mayor, deprime el sistema inmunológico, las secreciones y tapón mucoso vaginal es escaso por la ausencia y/o disminución de las hormonas estrógenos y progesterona, conllevaría a un aumento de las infecciones vaginales y/o urinarias, además de no presentar clínica oportuna durante la gestación, dentro las infecciones encontramos: corioamnitis, endometritis, ITU e infecciones vaginales (Morán, 2013).

Distocias del parto:

Es el evento anormal de la expulsión del recién nacido, consecuente de las incoordinadas contracciones uterinas, puede deberse a causa de la posición del feto, alteraciones anatómicas cefalopelvicas materno-fetal, esta condición requiere un alto cuidado del médico y paciente, para cumplir con las semanas de gestación y llegar a un parto a término incluyendo un correcto de las maniobras obstétricas y por cesárea, los riesgos que conlleva una distocia son: la estrés respiratorio, encefalopatía isquémica hipóxica, daño del plexo braquial y la muerte fetal (Morán, 2013).

Término de la gestación:

La terminación de la gestación se puede dar por dos vías: la vía vaginal también llamado eutócico y la vía alta o cesaria (distócico) (Morán, 2013).

EVOLUCIÓN PERINATAL

Es de índole importancia tener presente los factores de riesgo y complicaciones en la evolución perinatal que comprende el desarrollo en la división y crecimiento celular para lograr una excelente formación sin interrupciones en su desarrollo y culminar en un recién nacido de acuerdo a su potencial genético (Quiroga, 2011).

La evolución en los perinatos de madres mayores de 35 años de edad es desfavorable cuando existe las siguientes complicaciones neonatales (Gleason, 2018):

Peso del recién nacido bajo o macrosómico:

En el monitoreo del recién nacido, se evalúa en el primer instante en contacto con el ambiente, el peso se mide antropométricamente y se obtiene de acuerdo a la masa corporal comprendida en tejido magro, tejido óseo, fluidos intra y extracelulares, así podemos garantizar el desarrollo del recién nacido. En la semana 16, el feto empieza aumentar 5 gramos por día, 10 gramos en la semana 21 y 20 gramos en la semana 30 y por último, un pico máximo de 40 gramos en la semana 37 (Gleason, 2018).

Anomalías congénitas:

En madres jóvenes la estructura genética y condición fisiológica materna condiciona a un mayor riesgo de anomalías congénitas, que comprenden en la alteración anatómico-fisiológica de los órganos y/o sistemas del feto, que ocurre intrauterino, además se asocia a la ingesta de drogas, alimentos y alcohol en su mayor proporción, las anomalías congénitas en países tercermundistas se asocian a la inadecuada desnutrición, drogas y abusos del alcohol, contribuyendo al deterioro en el material genético y la formación intraútero del feto. En 2010, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre defectos de nacimiento en la que se pidió a todos los Estados Miembros que fomentaran la prevención primaria y la salud de los niños con anomalías congénitas (Gleason, 2018).

Mortalidad fetal:

Se habla de muerte fetal cuando un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas. Su frecuencia se estima en 3,9 millones/año, ocurriendo mayoritariamente en países en vías de desarrollo (Gleason, 2018).

Mortalidad neonatal:

Comprende en el periodo de la mortalidad en los recién nacidos hasta el día 28 de edad (Gleason, 2018).

Dentro del desarrollo del feto se puede presentar el retardo de crecimiento intrauterino que es un proceso que describe que un crecimiento deficiente del bebé en el útero materno. Estos bebés, usualmente presentan un bajo peso al nacer (Gleason, 2018).

Síndrome hipóxico isquémico:

El síndrome hipóxico-isquémica (EHI) es un síndrome que afecta a los recién nacidos causada por privación de oxígeno que llega al cerebro, esto ocurre durante o cerca del momento del nacimiento (Gleason, 2018).

Distress respiratorio:

Un recién nacido pretérmino, el prematuro presenta en mayor frecuencia el distress respiratorio agudo. Esta condición afecta en la respiración del recién nacido, por la ausencia del líquido surfactante, responsable en la lubricación y evitar el colapso pulmonar, es producido por los neumocitos tipo I, al estar ausente genera un déficit en la inspiración por la falta de distensión de los pulmones en su totalidad (Gleason, 2018).

Apgar menor de 7 al minuto:

El monitoreo en el recién nacido se realiza en primera instancia el Apgar, sirve para evaluar al neonato en la vida extrauterina y evidencia su respuesta en la adaptación, se evalúan 5 parámetros: pulso, apariencia, gesticulaciones, respiración y actividad

(tono muscular). Se valora con puntajes en cada parámetro de 0 a 2 pts. La suma entre 7 a 10 puntos, evidencia una excelente condición del neonato, por debajo de los valores entre 4 y 6 se evidencia una depresión moderada, el Apgar menor de 3 puntos indica una depresión grave y es necesario administrar oxígeno. Todo aquello es consecuente en madres añosas, Hipertensión, diabetes mellitus, edad gestacional, prematurez (Gleason, 2018).

Sepsis neonatal:

En el neonato, la inmunidad humoral y celular está deprimida por falta de maduración del sistema inmunológico, por la consecuencia de un mal lavado de manos u procedimientos invasivos la infección se disemina hematógena y condiciona a una sepsis neonatal, de condición grave y pone en riesgo la vida del recién nacido (Gleason, 2018).

5.2. Justificación de la investigación

En nuestra región la mujer empieza a tener una familia a temprana edad. No obstante, cada día parece que este pensamiento está cambiando, por lo que desean realizar estudios superiores y trabajar profesionalmente. Por ello prefieren no casarse y no tener hijos todavía, de modo que se está observando gestaciones y partos en mujeres con edad cada vez mayores. El aumento de la incidencia de embarazo en mujeres de 35 años o más en países desarrollados ha sido reportado; no obstante, no hay trabajos en nuestra región.

Se considera que la maternidad tardía se asocia a alteraciones preexistentes que inevitablemente incrementan con la edad, con patologías como hipertensión, miomatosis uterina, prematurez, malformaciones congénitas, alteraciones cromosómicas, con todo aquello mencionado de índole importancia por los escasos los estudios realizados en la institución razón por la cual justificamos su realización.

Además, los resultados obtenidos serán útil en el Servicio de ginecología del Hospital La Caleta para incidir en los factores de riesgo, la educación para la salud y

la detección oportuna de complicaciones. Además, servirá como apoyo teórico para posibles investigaciones futuras.

5.3. Problema

5.3.1 Descripción del problema

A nivel mundial, en los Estados Unidos el número de nacimientos por 1 000 mujeres de 35 a 39 años incrementó en un 36 % entre el año 1991 y el 2001, y la tasa entre las edades de 40 a 44 años ha llegado al 70 %, en el 2002. En España, en el 2010, el 22,4% de los nacimientos correspondieron a mujeres mayores de 35 años. En Cuba la fecundidad en estas mujeres descendió a 10 por cada 1000. (Moya, 2017)

En América Latina, en países como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35 % de las mujeres de 35 años y más se embarazan, este fenómeno se ha favorecido por los índices de pobreza y desempleo. En Uruguay, la edad de maternidad también se ha retrasado en la última década, al pasar de los 24 a los 28 años, y la tasa de fecundidad ha bajado de 2,5 hijos en 1996 a 1,97 en 2011 (Paredes, 2015; Moya, 2017).

A nivel nacional, en el 2001 la edad promedio de las mujeres para convertirse en madres fue de 21,9 años, mientras que en el 2004 paso a los 22,2 años; en el 2011, la edad media de las mujeres que deciden tener su primer hijo fue de 31 años. . Si bien en Perú no hay estadísticas claras sobre la cantidad de consultas por fertilidad, es claro que estas van en aumento y esto va a la par con la estadística mundial. (Paredes, 2015)

5.3.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los resultados perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta - Chimbote durante el año 2018?

5.4. Conceptuación y operacionalización de las variables

- Resultado obstétrico: Engloba el resultado del embarazo de la gestante limitando en las siguientes variables: (N° de gestaciones, paridad, tipo de culminación del embarazo, edad gestacional)
- Resultado perinatal: Engloba el resultado en el período comprendido entre aproximadamente 22 semanas de gestación hasta aproximadamente 4 semanas después del parto limitando a las siguientes variables: (Complicaciones perinatales, número de controles prenatales, Apgar al nacer, Peso y talla del neonato)

5.5. Variables:

Factor sociodemográfico

- Edad materna
- Estado civil
- Grado de instrucción

Factor obstétrico

- Numero de gestaciones
- Paridad
- Edad gestacional
- Tipo de culminación del embarazo

Factor perinatal

- Complicaciones perinatales
- Número de controles prenatales
- Apgar al nacer
- Talla del neonato
- Peso del neonato

5.6. Objetivos:

Objetivo general:

Determinar los resultados perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2018.

Objetivo específico:

Determinar las características sociodemográficas en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2018.

Identificar las características obstétricas en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2018.

Identificar las características perinatales en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2018.

6. Metodología:

6.1. Tipo y Diseño de investigación

- Según el nivel de análisis: Descriptivo
- Según tiempo de ocurrencia: Retrospectivo.
- Según el número de veces en que se mide la variable de estudio: Transversal

6.2. Población – Muestra

Población

Estuvieron conformadas por 209 gestantes mayores de 35 años atendidas en el servicio Ginecoobstetricia del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2018.

Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se realizó la siguiente fórmula

$$n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

Dónde:

n = Total de la población

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada de gestantes mayores de 35 años, que se atienden en el Hospital La caleta.

e = Límite aceptable de error muestral (en este caso 0.05).

Aplicando la fórmula la muestra fue de 128 casos.

Criterios de Inclusión

- Cuyo parto se diera por cualquier vía.
- Cuyo producto fuera recién nacido vivo o natimuerto.
- Cuyo parto se haya dado en el Hospital La Caleta de Chimbote.
- Cuyo parto se haya dado durante el año 2018.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.

6.3. Técnicas e instrumentos de investigación**Técnica de investigación**

Se empleó la observación científica indirecta como técnica de investigación, que consiste en observar las historias clínicas obtenidas por la base de datos proporcionada por el personal del nosocomio.

Instrumentos de la investigación

La información se recolectó mediante una ficha de recolección de datos que se encuentra en el anexo 1, donde se mantuvo en anonimato a las gestantes, considerando el código y la edad materna, además describe los datos obstétricos: estado civil, grados de instrucción, número de gestaciones, paridad, tipo de culminación del embarazo y edad gestacional, también contiene los datos perinatales: controles prenatales, complicaciones perinatales, Apgar al nacer, peso, talla.

6.4. Procesamiento y análisis de la información

Ordenamiento y procesamiento de la información.

Los resultados obtenidos fueron analizados con el programa SPSS 23.0.

Análisis e interpretación de la información procesada.

Mediante la utilización de tablas de frecuencia y gráficos estadísticos se logró analizar e interpretar la información recopilada.

7. Resultados

Tabla 1. Factor Sociodemográfico relacionado a la frecuencia de Edad Materna, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Edad materna	Frecuencia	Porcentaje
36 a 40 años	94	73.4%
41 a 45 años	27	21.1%
> 46 años	7	5.5%
Total	128	100.0%

En el Servicio de ginecología y Obstetricia del Hospital la Caleta del total de 128 atendidas, con relación a la frecuencia de edad materna de 36 a 40 años n=94 (73.44%), seguido de 41 a 45 años n=27 (21.1%) y solo 7 gestantes (5.5%) son mayores de 46 años.

Tabla 2. Factor Sociodemográfico relacionado a la frecuencia de Estado Civil, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	21	16.4%
Conviviente	69	53.9%
Casada	38	29.7%
Total	128	100.0%

Las gestantes cuyo factor sociodemográfico correspondiente a estado civil en su mayoría son conviviente n=69 (53.9%), casada n=38 (29.7%) y soltera n=21(16.4%), atendidas en el Hospital la Caleta en el periodo 2018.

Tabla 3. Factor Sociodemográfico relacionado a la frecuencia de Grado de Instrucción, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta-Chimbote 2018.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	51	39.8%
Secundaria	61	47.7%
Superior	16	12.5%
Total	128	100.0%

Del 100% de gestantes atendidas en el servicio del Ginecoobstetricia del Hospital La Caleta en el periodo 2018, las características sociodemográfico en grado de instrucción tuvieron un nivel de instrucción secundaria n=61 (47.7%), nivel de primaria n=51 (39.8%), nivel superior n=16 (12.5%).

Tabla 4. Factor Obstétrico relacionado a la frecuencia de Nro. De Gestaciones, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

N° de gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	12	9.4%
Secundigesta	29	22.7%
Tercigesta	38	29.7%
Multigesta	49	38.3%
Total	128	100.0%

Del total de pacientes atendidos, n=128 (100%), en el servicio de ginecoobstetricia en relación al factor Obstétrico en el Número de Gestaciones tuvo la mayor frecuencia la multigesta n=49 (38.3%), tercigesta n=38 (29.7%), secundigesta n=29 (22.7%) y en primigesta n=12 (9.4%).

Tabla 5. Factor Obstétrico relacionado a la frecuencia de paridad, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	6	4.7%
Primípara	10	7.8%
Secundípara	43	33.6%
Multípara	69	53.9%
Total	128	100.0%

Las gestantes cuyo factor obstétrico correspondiente, n=128 (100%), en el servicio de Ginecoobstetricia con relación a la paridad, tuvo la mayor frecuencia la multiparidad n=69 (53.9%), secundípara n=43 (33.6%), primípara n=10 (7.8%) y en nulípara n=6 (4.7%).

Tabla 6. Factor Obstétrico relacionado a la frecuencia de Culminación de Embarazo, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Culminación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	82	64,1%
Distócico	46	35,9%
Total	128	100,0%

Las gestantes cuyo factor obstétrico correspondiente a la Culminación del Embarazo, n=128 (100%), atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia, tuvo la mayor frecuencia los partos eutócicos n=82 (64.1%) y parto distócico=46 (35.9%).

Tabla 7. Factor Obstétrico relacionado a la frecuencia de edad gestacional, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
<37 sem	21	16,4%
37 A 41 sem	92	71,9%
> 41 sem	15	11,7%
Total	128	100,0%

Las gestantes cuyo factor obstétrico correspondiente a edad gestacional; en su mayoría son de 37 a 41 semanas n=92 (71.9%), menor de 37 semanas de gestación n=21 (16.4%) y mayor de 41 semanas n=15 (11.7%), atendidas en el Hospital la Caleta en el periodo 2018.

Tabla 8. Factor Perinatal relacionado a la frecuencia de complicación perinatal, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Complicación Perinatal	Frecuencia	Porcentaje
ITU	30	23,4%
Anemia	25	20,3%
Parto Prematuro	12	9,4%
RPM	10	7,8%
Preeclampsia	11	8,6%
Oligohidramnios	6	4,7%
Polihidramnios	6	4,7%
Otras complicaciones	11	8,6%
Ninguna complicación	16	12,5%
Total	128	100,0%

Las gestantes atendidas en el Servicio Ginecoobstetricia del Hospital La Caleta; correspondiente a las complicaciones perinatales; siendo frecuente la Infección del Tracto Urinario n=30 (23.4%), Anemia n=26 (20.3%) Ninguna complicación n=16 (12.5%), Parto Prematuro n=12 (9.4%), Rotura Prematura de Membranas n=10 (7.8%), Oligohidramnios y Polidramnios con n: 6 (4,7%) y Otras complicaciones n=11 (8,6%).

Tabla 9. Factor Perinatal relacionado a la frecuencia de Nro. control prenatal, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

N° de control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
< 6 CPN	56	43,8%
> 6 CPN	72	56,3%
Total	128	100,0%

Las gestantes atendidas en el Servicio Ginecoobstetricia del Hospital La Caleta; correspondiente al número de control prenatal; siendo frecuente mayor a 6 controles prenatales n=72 (56.3%), y menor a 6 controles prenatales n=56 (43,8%).

Tabla 10. Factor Perinatal relacionado a la frecuencia de Apgar al Nacer, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Apgar al nacer	Frecuencia	Porcentaje
0 a 3 PTS	6	4,7%
4 a 6 PTS	19	14,8%
7 a 10 PTS	103	80,5%
Total	128	100,0%

Las gestantes atendidas en el Servicio Ginecoobstetricia del Hospital La Caleta; correspondiente Apgar al nacer; siendo frecuente de 7 a 10 puntos n=103 (80.5%), de 4 a 6 puntos n=19 (14,8%) y menor frecuencia de 0 a 3 puntos n=6 (4.7%).

Tabla 11. Factor Perinatal relacionado a la frecuencia del peso de neonato, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Peso del neonato	Frecuencia	Porcentaje
<2500 gr	9	7,0%
2500 a 4000 gr	109	85.2%
>4000 gr	10	7.8%
Total	128	100,0%

Las gestantes atendidas en el Servicio Ginecoobstetricia del Hospital La Caleta; correspondiente al Peso del Neonato; siendo frecuente de 2500 a 4000 n=109 (85.2%), mayor de 4000 gr n=10 (7,8%) y menor de 2500 gr. n=9 (7.0 %).

Tabla 12. Factor Perinatal relacionado a la frecuencia de la talla de neonato, en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital La Caleta- Chimbote 2018.

Talla del neonato	Frecuencia	Porcentaje
<48 cm	9	7,0%
48 a 52 cm	101	78,9%
>52 cm	18	14,1%
Total	128	100,0%

Las gestantes atendidas en el Servicio Ginecoobstetricia del Hospital La Caleta; correspondiente al talla del neonato, se observa que, del total, el 78.9 % presenta una de talla de 48 a 52cm, el 14.1% son mayores de 52 cm y menor de 48 cm (7.0%).

8. Análisis y discusión:

En el Servicio de ginecología y Obstetricia del Hospital la Caleta de 128 atendidas, en relación a la frecuencia de edad materna de 36 a 40 años $n=94$ (73.44%), seguido de 41 a 45 años $n=27$ (21.09%) y solo 7 gestantes (5.5%) son mayores de 46 años es coherente con el estudio realizado por Torres (2010), cuyas edades oscilaron entre los 36 a 39 años, Ojeda (2018), el 84.81% estuvo comprendida en el rango de edad de 35 a 40 años y con un resultado obstétrico y perinatal con una frecuencia significativa de edad mayor de 35 años (Araujo, 2014; Vilches, 2018; Peña, 2010; Epíscopo, 2010).

En nuestro estudio el estado civil en su mayoría son conviviente $n=69$ (53.9%), casada $n=38$ (29.7%) y soltera $n=21$ (16.4%), cuyo resultado similar se expresa en el estudio de investigación de Peña (2010), el estado civil de mayor porcentaje observado fue el de Conviviente (90.53%).

Del 100% de gestantes atendidas, cuyo factor sociodemográfico en grado de instrucción tuvieron un nivel de instrucción secundaria $n=61$ (47.7%), nivel de primaria $n=51$ (39.8%), nivel superior $n=16$ (12.5%). En relación Ramos (2017), la evolución materno perinatal es desfavorable por presentar más patologías y complicaciones que las gestantes menores de 35 años, las características sociodemográficas en gestantes mayores de 35 años de edad son estudio primario, convivientes, tiene más de 3 hijos, tuvo menos de 6 atenciones prenatales.

El factor Obstétrico en el número de gestaciones tuvo la mayor frecuencia la multigesta $n=49$ (38.3%), tercigesta $n=38$ (29.7%), secundigesta $n=29$ (22.7%) y en primigesta $n=12$ (9.4%) y la multiparidad $n=69$ (53.9%), secundípara $n=43$ (33.6%), primípara $n=10$ (7.8%) y en nulípara $n=6$ (4.7%) en relación al estudio de investigación Torres (2010), en un estudio descriptivo en donde se incluyeron 300 pacientes, obteniendo los siguientes resultados: Un 70% de las pacientes eran secundigesta.

La culminación del embarazo, n=128 (100%), atendidas en el servicio de ginecoobstetricia, tuvo la mayor frecuencia los partos eutócicos n=82 (64.1%) y parto distócico=46 (35.9%), cuya edad gestacional; en su mayoría son de 37 a 41 semanas n=92 (71.9%), menor de 37 semanas de gestación n=21 (16.4%) y mayor de 41 semanas n=15 (11.7%); Siendo diferente los resultados en el estudio de investigación de Peña (2010), las pacientes culminaron en aborto (47,6%), parto distócico (35.2%) y parto eutócico (17.2%).

Las complicaciones perinatales; no fue tan frecuente; la Infección del Tracto Urinario n=30 (23.4%), Anemia n=26 (20.3%) ninguna complicación n=16 (12.5%), Parto Prematuro n=12 (9.4%), Rotura Prematura de Membranas n=10 (7.8%) y Otras complicaciones n=11 (8,6%), similar al estudio de Torres (2010), el 50% de las pacientes presentaron alguna morbilidad obstétrica. En el 92.5% de los recién nacidos se obtuvo buen resultado perinatal, diferente al resultado por Rodríguez (2015), las complicaciones perinatales se presentaron en el 56% de las gestantes añosas y de las no añosas 52%. Las complicaciones más frecuentes halladas fueron la preeclampsia con 11% (21) en la gestante añosa y de 4% en la no añosa con OR de 2.6 (IC 95% 1.1-6) y $p < 0.021$; similar los resultados con el estudio de investigación en Ramos (2017). La evolución materno perinatal es desfavorable por presentar más patologías y complicaciones que las gestantes menores de 35 años; frente a los resultados por el estudio de investigación de Piera (2014), pacientes mayores de 40 años el 7% presentaron técnicas de reproducción asistida, , amenaza de parto prematuro 3,5%, diabetes 23,7%, EHE 9,7%, ingreso en UCI neonatal 8,7%, inducción del parto 38,1%, parto prematuro 7,8%, parto prematuro < 34 2,6%, parto distócico 8,8%, parto por cesárea 28,9%, bajo peso al nacer 7,0%, mortalidad neonatal 0,9%.

Las gestantes tuvieron mayor a 6 controles prenatales n=72 (56.3%), y menor a 6 controles prenatales n=56 (43,8%), estadísticamente diferente al estudio

de investigación Ramos (2017), en su mayoría de las gestantes tuvo menos de 6 atenciones prenatales.

El Apgar al nacer; siendo frecuente de 7 a 10 puntos $n=103$ (80.5%), de 4 a 6 puntos $n=19$ (14,8%) y menor frecuencia de 0 a 3 puntos $n=6$ (4.7%), La talla del neonato de 48 a 52 cm $n=101$ (78.9%), mayor de 52 cm $n=18$ (14,1%) y menor a 48cm $n=9$ (7.0%) y el peso del neonato; siendo frecuente de 2500 a 4000 $n=109$ (85.2%), mayor de 4000 gr $n=10$ (7,8%) y menor de 2500 gr. $n=9$ (7.0 %), similar a nuestros resultados tuvo el estudio de investigación Torres (2010), en un estudio descriptivo en donde se incluyeron 300 pacientes, en el 92.5% de los recién nacidos se obtuvo buen resultado perinatal y 70% pesó entre 2,500 y 4,000 gramos.

9. Conclusiones y recomendaciones:

Conclusiones:

En las características sociodemográficas la edad materna frecuente es de 36 a 40 años, con estado civil en su mayoría conviviente y con un grado de instrucción de nivel secundaria, seguida del nivel primario.

Las características obstétricas, en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital La caleta durante el año 2018, fueron multigestas y a la vez multíparas, terminando en partos eutócicos en su mayoría y con una edad gestacional de 37 a 41 semanas.

Las características perinatales, en cuanto a las complicaciones más frecuente son la Infección del Tracto Urinario, Anemia, Parto prematuro. Al nacimiento se observó buen resultado perinatal con un Apgar de 7 a 10 puntos, una talla de 48 a 52cm y un peso de 2500 a 4000gr respectivamente.

Recomendaciones:

La política pública y los indicadores del milenio, es evitar los posibles riesgos y muerte materna, siendo pieza fundamental en la programación, asistencia y consejería a la gestante y en especial mayor de 35 años.

La atención desde el primer nivel de atención sea especializada en la toma criterios uniformes y estandarizados en el cuidado del binomio, cuyo resultados perinatales, obstétricos y neonatales sean favorables.

Demostrar el compromiso académico y humanizado en la atención de la madre gestante desde la concepción para garantizar el buen resultado perinatal, obstétrico y neonatal en nuestra localidad y a nivel regional.

Educar a las gestantes, en especial a las mayores de 35 años a ser responsables en el cumplimiento de los controles prenatales a fin de contribuir con el personal de salud para la detección de un diagnóstico oportuno y así mejorar la calidad de tratamiento.

10. Agradecimientos:

Al personal del Hospital La Caleta que me facilitó la información debida para el desarrollo de este trabajo, especialmente al Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia, Javier Saldaña. Así mismo, al Médico Cirujano Miguel Saravia Luque por guiarme en el proceso de esta investigación.

11. Referencias bibliográficas

- Araujo Unda, M. G. (2014). Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la Unidad Metropolitana de Salud Sur, durante el período de enero a diciembre del 2013.
- Beckmann, C. R., Ling, F. W., Barzansky, B. M., Herbert, W. N., Laube, D. W., Smith, R. P., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). *Obstetricia y ginecología*. Wolters Kluwer.
- Bermello, M., & Uquillas, J. L. (2012). Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, Portoviejo Enero-Junio 2012. *Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Portoviejo, Manabí, Ecuador*.
- Cortés, J. A. (2016). *Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el hospital general de zona no. 1 de la ciudad de colima en el año 2004*(Doctoral dissertation, Universidad de colima).
- Donoso Siña, E., & Villarroel del Pino, L. (2003). Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Rev Med Chil*, 131(1), 55-59.
- Epíscopo, A. C., & Gorgoroso, M. (2014). Embarazo en las mujeres mayores: Estudio comparativo de riesgos y resultados, en pacientes asistidas en el período 2008-2012, en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Gin. Obstet*.
- Gleason, C. A., & Juul, S. E. (Eds.). (2018). *Avery. Enfermedades del recién nacido*. Elsevier Health Sciences.
- González, R. (2010). Salud materno-infantil en las américas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(6), 411-421.

- Granada, P., & Victoria, M. (2015). La mujer y el proceso reproductivo. *Atención Primaria de Salud*.
- Gutierrez, E. L., Piazza, M., Gutierrez-Aguado, A., Hajar, G., Carmona, G., Caballero, P., & Bolaños-Díaz, R. (2016). Uso de la evidencia en políticas y programas de salud aportes del Instituto Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 580-584.
- Johs, H (2005). Ginecología y Obstetricia. Tomo 1. Editorial Marban 2º Edición. España-Madrid
- Morán-López, G. S., Rivero-Cervantes, A. E., Zamora-Santiago, G., & González-Santes, M. (2006). Curvas de crecimiento intrauterino a nivel del mar. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(5), 301-306
- Moya Toneut, C., Garaboto García, M. E., Moré Vega, A., Borges Fernández, R., Moya Arechavaleta, N., & Moya Arechavaleta, A. (2017). Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(2), 1-13.
- Obregón Yáñez, L. E. (2007). Primigesta de edad avanzada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 67(3), 152-166.
- Ojeda, Z., & Del Carmen, D. (2018). Características obstétricas de gestantes con edad materna avanzada atendidas en el Hospital de Supe" Laura Esther Rodríguez Dulanto" 2013-2017.
- Paredes, R., & Juven, S. (2015). Resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.
- Peña-Ayudante, W. R., Palacios, J. J., Oscuvilca, E. C., & Peña, A. (2011). El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57(1).

- Piera, S. G., Canals, L. C., Alarcon, J. V., Pueyo, J. C., Morera, J. O., & Estevez, Y. C. (2014). Resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 41(2), 62-65.
- Quiroga-Feuchter, G., Robles-Torres, R. E., Ruelas-Morán, A., & Gómez-Alcalá, A. V. (2011). Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(2), 169-172.
- Sutta, R., Eveling, L., & Valencia Baca, B. (2017). Evolución materno perinatal en gestantes mayores de 35 años de edad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2016.
- Rodriguez, H., & Juarez, A. (2013). *Resultados perinatales adversos en embarazada añosa* (Doctoral dissertation, Tesis de Posgrado. Veracruz, Mexico: Instituto Mexicano del Seguro Social).
- Torres, C. (2009). *Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el hospital nacional de maternidad en el periodo de enero a diciembre de 2009* (Doctoral dissertation, Tesis para grado de Ginecólogo Obstetra, Universidad de El Salvador).
- Vilches Sáez, F. N. (2017). *Resultados maternos y perinatales en gestantes con sobrepeso y obesidad del Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán* (Doctoral dissertation, Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Obstetricia y Puericultura).
- Ziadeh, S., y Yahaya, A. (2001). Resultado del embarazo a los 40 años o más. *Archivos de ginecología y obstetricia* , 265(1), 30-33.

12. Anexos

Anexo1.

RESULTADOS PERINATALES Y OBSTÉTRICOS EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS EN EL HOSPITAL LA CALETA CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2018

CODIGO DEL PACIENTE							
EDAD MATERNA							
		SI	NO			SI	NO
ESTADO CIVIL	SOLTERA			NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	NINGUNO		
	CONVIVIENTE				<6		
	CASADA				>6		
	DIVORCIADA			COMPLICACIONES PERINATALES			
	VIUDA			APGAR AL NACER	0 – 3 PUNTOS		
GRADO DE INSTRUCCION	ANALFABETA				4 – 6 PUNTOS		
	PRIMARIA				7 – 10 PUNTOS		
	SECUNDARIA			PESO	500 – 999 gr		
	TECNICA - UNIVERSITARIA				1000 – 1499 gr		
PARIDAD	NULIPARA				1500 – 2499 gr		
	PRIMIPARA				2500 – 3999 gr		
	SECUNDIPARA				> 4000 gr		
	MULTIPARA						
EDAD GESTACIONAL DURANTE EL PARTO	< 37 SEMANAS			TIPO DE CULMINACION DE EMBARAZO	EUTOCICO		
	37 – 41 SEMANAS				DISTOCICO		
	>42 SEMANAS			Talla del neonato			

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y/O RECOLECCIÓN DE DATOS
Edad materna	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido, desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual, expresado generalmente en años cumplidos.	Será definido por la edad registrada en la historia clínica seleccionada e incluida en el estudio. Medido en años.	Ninguna	De Razón	Historia clínica / Observación indirecta
Estado civil	Cualitativa politómica nominal	Expresión jurídico- política de la comunidad humana constituida para cumplir fines Transcendentes dentro de la comunidad.	Será definido por el Estado jurídico político registrado en la historia clínica seleccionada e incluida en el estudio, clasificada como: soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Conviviente - Casada - Divorciada - Viuda 	Nominal	Historia clínica / Observación indirecta
Grado de instrucción	Cualitativa politómica ordinal	Nivel educacional o de conocimientos de una persona recibido por parte de un centro educativo del estado o particular.	Se definirá por el grado de instrucción registrado en la historia clínica seleccionada e incluida en el estudio, clasificado en: analfabeta, primaria, secundaria, técnica y superior.	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Técnica - Universitaria 	Ordinal	Historia clínica / Observación indirecta
Numero de gestaciones	Cuantitativa discreta	Número de embarazos que tiene una mujer.	Se definirá de acuerdo a lo observado en la historia clínica de la gestante como: Primigesta, aquella	<ul style="list-style-type: none"> - Primigesta - Segundigesta - Tercigesta 	De intervalo	Historia clínica / Observación indirecta

			paciente que estuvo gestando por primera vez, Segundigesta dos veces, Tercigesta tres veces, Multigesta de cuatro a más veces.	- Multigesta		
Paridad	Cuantitativa discreta	Número de partos mayores de 20 semanas	Sera definido por la paridad encontrada en la historia clínica de la gestante en estudio.	- Primípara - Secundípara - Multípara - Gran Multípara	Ordinal	Historia clínica / Observación indirecta
Tipo de culminación de embarazo	Cualitativa dicotómica nominal	Modalidad en que termina el embarazo vía de preferencia del parto	Se definirá por el tipo de parto encontrado en la historia clínica de la madre del recién nacido en: vaginal, cesárea.	- Eutócico - Distócico	Nominal	Historia clínica / Observación indirecta
Edad gestacional	Cuantitativa continua	Es el tiempo de embarazo (transcurrido desde la fecundación hasta el nacimiento) calculada en semanas o meses.	Sera definido por la edad gestacional encontrado en la historia clínica de la gestante medido en semanas.	- < 37 semanas - 37 a 41 semanas - >41 semanas	De Razón	Historia clínica / Observación indirecta
Complicaciones perinatales	Cualitativa politómica nominal	Enfermedad o lesión que aparece antes, durante y después del proceso del parto y el nacimiento, que además puede habitualmente alterar el pronóstico.	Se definirá por las complicaciones descritas en la historia clínica de la gestante.	Ninguna	Nominal	Historia clínica / Observación indirecta
Número de	Cuantitativa discreta	Número o cantidad de atenciones o controles a la	Se definirá por la cantidad de	- Ninguno	De	Historia clínica / Observación indirecta

controles prenatales		que acude la mujer gestante para vigilar el bienestar	atenciones o controles registrado en la historia clínica de la gestante en estudio	- Menos de 6 controles - Mayor o igual a 6 controles	intervalo	
APGAR AL NACER	Cuantitativa discreta	La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé	Sera definido de acuerdo con lo poobservado en la historia clinica	- 0 – 3 pts - 4 – 6 pts - 7 a 10 pts	De razon	Historia clínica / Observación indirecta
Talla del neonato	Cuantitativa continua	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. La unidad de medida está en metros o centímetros	Sera definido por la talla medida al pacienteincluido en el estudio, por medio del tallímetro del servicio durante su exámen clínico, que será	En centímetros	De Razón	Historia clínica / Observación indirecta
Peso del neonato	Cuantitativa continua	Resultado de la acción o	Sera definido por el peso registrado en balanza al nacer	<ul style="list-style-type: none"> • 500 – 999 gr • 1000 – 1499 gr • 1500 – 2499 gr • 2500 – 3999 gr • > 4000 gr 	De intervalo	Historia clínica / Observación indirecta

Anexo 3.

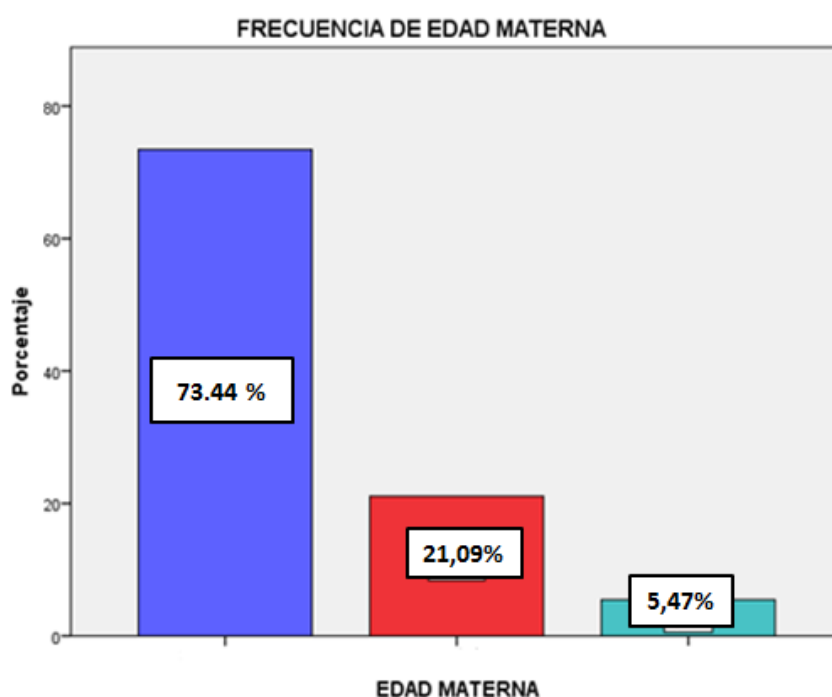


Gráfico 1. Frecuencia de edad materna en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital La Caleta, 2018.

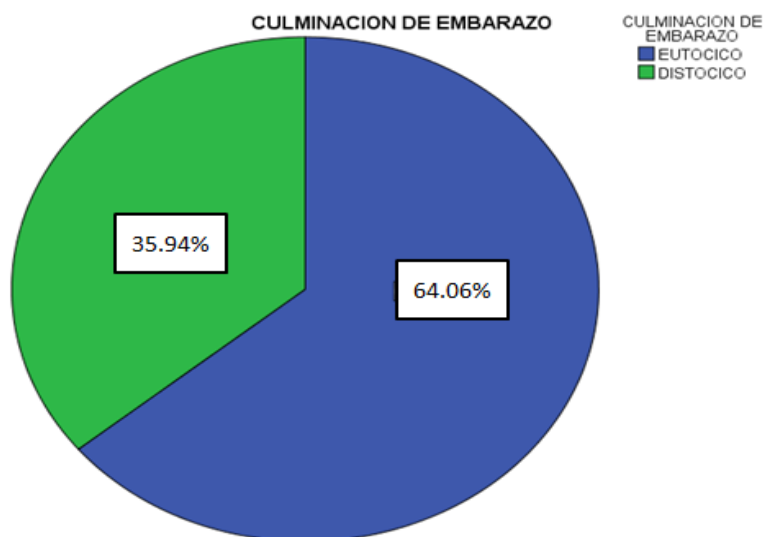


Gráfico 2. Culminación de embarazo en gestantes mayores de 35 años en el Hospital La Caleta, 2018.

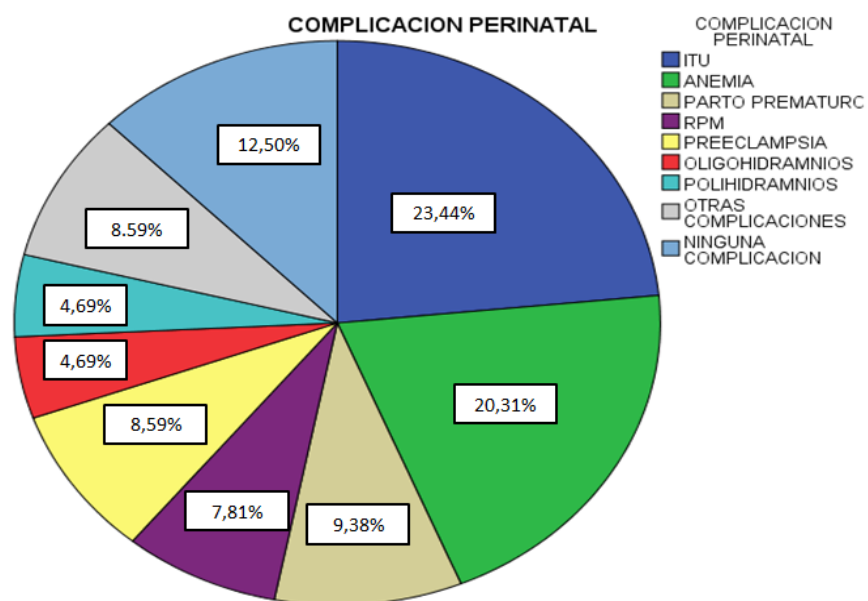


Grafico 3. Complicaciones Perinatales que presentaron las gestantes añosas atendidas en el Hospital La Caleta durante el periodo 2018.

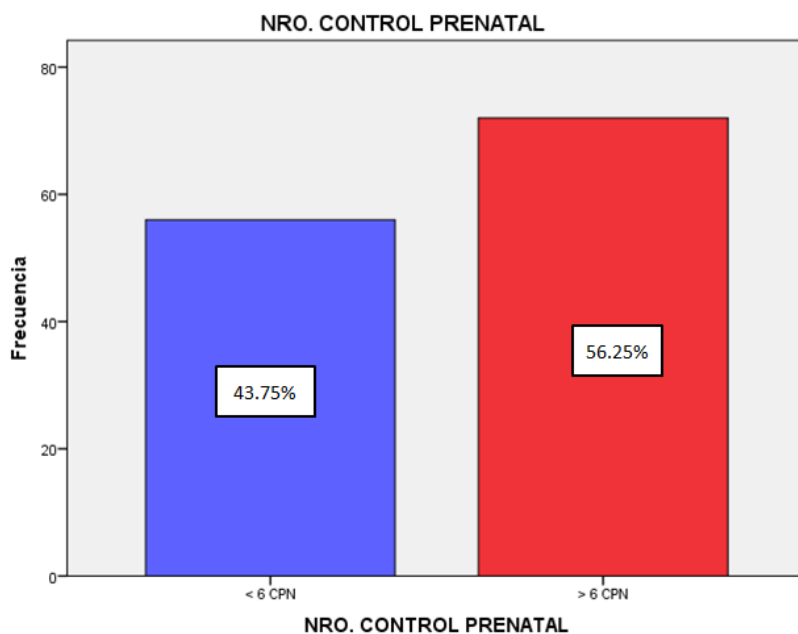


Grafico 4. Número de controles prenatales en gestantes añosas, durante el año 2018 realizado en el Hospital La caleta.